UCHWAŁA NR XLVII/825/2023

RADY MIASTA SOPOTU

z dnia 12 października 2023 r.

w sprawie przyjęcia i realizacji programu polityki zdrowotnej pn. „Profilaktyka i wczesne wykrywane osteoporozy wśród mieszkańców Gminy Miasta Sopotu na lata 2023-2025”.

Na podstawie art. 18 ust. 1 i art. 7 ust. 1 pkt. 5 ustawy z dnia 8 marca 1990 r. o samorządzie gminnym (t.j. Dz.U. z 2023 r. poz. 40 ze zm. w 2023r. poz. 572 i poz. 1463) oraz art. 7 ust. 1 pkt 1 i art. 48 ust. 1 i art. 48 aa ust. 11 ustawy o świadczeniach opieki zdrowotnej finansowanych ze środków publicznych tj.  dnia 27 sierpnia 2004 r. [(Dz.U. z 2022 r. poz. 2561 ze zm.)](https://sip.legalis.pl/document-view.seam?documentId=mfrxilrtg4ytkmzvg44tm) Rada Miasta Sopotu

uchwala, co następuje:

§ 1.

Przyjmuje się do realizacji program polityki zdrowotnej pn. „Profilaktyka i wczesne wykrywane osteoporozy wśród mieszkańców Gminy Miasta Sopotu na lata 2023-2025”, stanowiący załącznik do niniejszej uchwały.

§ 2.

Wykonanie uchwały powierza się Prezydentowi Miasta Sopotu.

§ 3.

Uchwała wchodzi w życie z dniem podjęcia.

PRZEWODNICZĄCY  
Rady Miasta Sopotu

/-/ Piotr Bagiński

Radca prawny

/-/ Anita Sałek

**UZASADNIENIE**

Gmina Miasta Sopotu złożyła wniosek o dofinansowanie w ramach konkursu nr FM-SRP.01.2022 na dofinansowanie programów polityki zdrowotnej realizowanych przez gminy w obszarze edukacji   
w zakresie osteoporozy i wczesnego wykrywania osteoporozy w ramach Subfunduszu rozwoju profilaktyki wyodrębnionego w ramach Funduszu Medycznego.

Wniosek wraz z załączonym programem polityki zdrowotnej „Profilaktyka i wczesne wykrywane osteoporozy wśród mieszkańców Gminy Miasta Sopotu na lata 2023-2025” został zaakceptowany   
i wybrany do dofinansowania.

Program polityki zdrowotnej jest zgodny z rekomendacją Prezesa Agencji Oceny Technologii Medycznych i Taryfikacji nr 9/2020 z dnia 30 listopada 2020 r. w sprawie zalecanych technologii medycznych, działań przeprowadzanych w ramach programów polityki zdrowotnej oraz warunków realizacji tych programów, dotyczących wykrywania osteoporozy.

Osteoporoza jest niezwykle powszechną chorobą u osób w wieku podeszłym. Ze względu na podstępny, często bezobjawowy przebieg nazywana jest „cichą epidemią”. Choruje na nią co trzecia kobieta po menopauzie. U kobiet 50-letnich ryzyko wystąpienia złamania kości w wyniku osteoporozy wynosi około 40%, natomiast u mężczyzn 13–22%.

Działania w ramach programu obejmują szkolenia personelu medycznego, spotkania informacyjno-edukacyjne, pogłębioną diagnostykę uczestników, w tym densytometrię oraz konsultacje lekarskie podsumowujące z zaleceniami do ewentualnie dalszej terapii.

**Całkowita wartość programu**

866 756,00 zł

**Dofinansowanie ze środków Subfunduszu** (80% kosztów całkowitych)

693 404,00 zł

**Wkład własny ze środków Gminy Miasta Sopotu** (20% kosztów całkowitych)

173 352,00 zł

Uchwała zgodna jest z zapisami Strategii Miasta Sopotu:

Cel operacyjny 1.1. Standard usług publicznych 1.1.4. Program wsparcia zdrowego trybu życia dla wszystkich grup mieszkańców. d. Nowoczesne programy zdrowotne (profilaktyczne/diagnostyczne), w tym edukacja prozdrowotna.

Z-ca Naczelnika Wydziału WICEPREZYDENT MIASTA

Zdrowia i Spraw Społecznych

/-/ Hanna Narloch /-/ Magdalena Czarzyńska -Jachim

Załącznik nr 1 do UCHWAŁY NR XLVII/825/2023

Rady Miasta Sopotu

z dnia 12 października 2023 r.

„Profilaktyka i wczesne wykrywane osteoporozy wśród mieszkańców Gminy Miasta Sopotu na lata 2023-2025”

|  |
| --- |
| **AKCEPTUJĘ**  **………………..**  data, oznaczenie[[1]](#footnote-1)) oraz podpis osoby zatwierdzającej program polityki zdrowotnej do realizacji oraz wskazanie podstawy akceptacji, jeżeli dotyczy  Znalezione obrazy dla zapytania sopot godło  **„Profilaktyka i wczesne wykrywane osteoporozy wśród mieszkańców Gminy Miasta Sopotu na lata 2023-2025”**  **02.11.2023 – 31.10.2025**  Opracowano na podstawie ustawy z dnia 27 sierpnia 2004 roku o świadczeniach opieki zdrowotnej finansowanych ze środków publicznych  **Sopot, 2023** |

|  |
| --- |
| 1. Opis choroby lub problemu zdrowotnego i uzasadnienie wprowadzenia programu polityki zdrowotnej ……………………………………………………………………….………..…………………. 3 2. Opis problemu zdrowotnego ……………………………………………………………………………………………..…. 3 3. Dane epidemiologiczne ……………………………………………………………………………………………………….… 4 4. Opis obecnego postępowania …………………………………………………………………………………………....… 6 5. Cele programu polityki zdrowotnej i mierniki efektywności jego realizacji …….………..… 7 6. Cel główny …………………………………………………………………………………………………………………………….. 7 7. Cele szczegółowe ………………………………………………………………………………………………………….……….. 7 8. Mierniki efektywności realizacji programu polityki zdrowotnej ……………………………………….…….. 7 9. **Charakterystyka populacji docelowej oraz charakterystyka interwencji, jakie są planowane w ramach programu polityki zdrowotnej** …………………………………………….….…… 8 10. Populacja docelowa …………………………………………………………………………………………………………….. 8 11. Kwalifikacja do udziału w programie polityki zdrowotnej ………………………………………………….. 10 12. Planowane interwencje …………………………………………………………………………………………………….. 11 13. Sposób udzielania świadczeń zdrowotnych w ramach programu polityki zdrowotnej ………. 13 14. Sposób zakończenia udziału w programie polityki zdrowotnej …………………………………………. 13 15. Organizacja programu polityki zdrowotnej ………………………………………………………………….…….. 13 16. Etapy programu polityki zdrowotnej i działania podejmowane w ramach etapów ……….…… 13 17. Warunki realizacji programu polityki zdrowotnej dotyczące personelu, wyposażenia  i warunków lokalowych ………………………………………………………………………………………………….…. 14 18. Sposób monitorowania i ewaluacji programu polityki zdrowotnej ……………………………. 15 19. Monitorowanie …………………………………………………………………………………………………..……….…. 15 20. Ewaluacja ……………………………………………………………………………………………………………………….. 17 21. Budżet programu polityki zdrowotnej ……………………………………………………………….…………. 17 22. Koszty jednostkowe …………………………………………………………………………………………………..…… 17 23. Koszty całkowite …………………………………………………………………………………………………..………… 19 24. Źródła finansowania ……………………………………………………………………………………..……..………… 19 25. **Bibliografia** ……………………………………………………………………………………………………………….. 19 |

1. Opis choroby lub problemu zdrowotnego i uzasadnienie wprowadzenia programu polityki zdrowotnej
2. **Opis problemu zdrowotnego**

Osteoporoza to układowa choroba szkieletu, charakteryzująca się zwiększonym ryzykiem złamań kości w następstwie zmniejszenia ich odporności mechanicznej. Odporność mechaniczna kości jest uwarunkowana gęstością mineralną (MDB) i jakością tkanki kostnej. Do złamania niskoenergetycznego (patologicznego) może dojść nie tylko z powodu osteoporozy, lecz np. z powodu nowotworu. Złamanie niskoenergetyczne definiuje się jako złamanie pod wpływem siły, która nie łamie zdrowej kości (upadek z wysokości własnego ciała lub wystąpienie złamania samoistnego).

Wyróżnia się dwa rodzaje osteoporozy:

1. pierwotną

Postać pierwotna osteoporozy dzieli się na:

* idiopatyczną (młodzieńczą), charakteryzującą się występowaniem zaburzeń wzrostu szkieletu   
  o nieustalonej etiologii,
* postać inwolucyjną związaną z nieprawidłowym procesem metabolicznym kości, wyróżnia się:
* osteoporozę inwolucyjną typu I (pomenopauzalną), która występuje u kobiet w wieku 50-60 lat. Jest ona konsekwencją utraty tkanki kostnej spowodowanej ustaniem funkcjonowania endokrynnych gruczołów jajnikowych. Działanie estrogenów na tkankę kostną polegające na stymulowaniu osteogenezy oraz hamowaniu procesu resorpcji kości zostaje wstrzymane. W jej przebiegu najczęściej dochodzi do złamań trzonów kręgowych oraz bliższej części kości promieniowej;
* osteoporozę inwolucyjną typu II (starczą) dotykającą kobiety oraz mężczyzn po 75 roku życia. Przyczyną powstającego procesu chorobowego jest zmniejszona aktywność komórek kościotwórczych osteoblastów oraz witaminy D3. W jej przebiegu dochodzi do złamań bliższej części udowej i trzonów kręgów.

Do czynników ryzyka występowania osteoporozy pierwotnej zalicza się:

• czynniki genetyczne i demograficzne: predyspozycja rodzinna, wiek (kobiety >65 lat, mężczyźni >70 lat), płeć żeńska, rasa biała i żółta (osteoporoza występuje 3 razy częściej niż u rasy czarnej),

* BMI <18 kg/m2,

• stan prokreacyjny: niedobór hormonów płciowych o różnej etiologii, przedłużony brak miesiączki – późne pokwitanie, brak przebytych porodów, stan pomenopauzalny (zwłaszcza przedwczesny, w tym po usunięciu jajników),

• czynniki związane z odżywianiem i stylem życia: mała podaż wapnia; niedobór witaminy D; mała lub nadmierna podaż fosforu; niedobory białkowe lub dieta bogatobiałkowa; palenie tytoniu; alkoholizm; nadmierne spożywanie kawy; siedzący tryb życia.

1. wtórną – jest następstwem różnych stanów patologicznych lub wynikiem działania niektórych leków, najczęściej glikokortykosteroidów (Szczeklik 2017).

Do czynników ryzyka występowania osteoporozy wtórnej zalicza się:

• występowanie chorób, w tym: zaburzeń hormonalnych, chorób układu pokarmowego, chorób nerek, chorób reumatycznych, chorób układu oddechowego, chorób szpiku i krwi, hiperwitaminozy A, a także stan po przeszczepieniu narządu,

• przyjmowanie glikokortykosteroidów, hormonów tarczycy w dużych dawkach, leków przeciwpadaczkowych (fenobarbital, fenytoina, karbamazepina), heparyny (zwłaszcza niefrakcjonowana), antagonistów witaminy K, cyklosporyny, leków immunosupresyjnych w dużych dawkach i innych antymetabolitów, żywic wiążących kwasy żółciowe (np. cholestyramina), analogów gonadoliberyny, pochodnych tiazolidynodionu (pioglitazon), tamoksyfenu (u kobiet przed menopauzą), inhibitorów aromatazy, inhibitorów pompy protonowej, leków przeciwretrowirusowe,

* unieruchomienie, przebyte złamania, sarkopenia (Szczeklik 2017).

1. **Dane epidemiologiczne**

Osteoporoza jest problemem zdrowotnym, który na świecie dotyka 22,1% kobiet oraz 6,1% mężczyzn powyżej 50 roku życia. Liczba osób chorych na osteoporozę w Polsce systematycznie wzrasta. Zgodnie z badaniami WHO oraz SCOPE (The scorecard for osteoporosis in Europe) w krajach Unii Europejskiej w populacji w wieku powyżej 50 lat osteoporoza wystąpi u 22,1% kobiet oraz 6,6% mężczyzn (wg International Osteoporosis Foundation proporcje te wynoszą odpowiednio 1/3 populacji kobiet oraz 1/5 populacji mężczyzn.

W Polsce w 2018 r. na osteoporozę chorowało 2,1 mln osób, z czego 1,7 mln stanowiły kobiety. Jako spowodowane osteoporozą zaklasyfikowano w 2018 r. 120 tys. złamań, z czego 34% dotyczyło przedramienia, a 27% bliższego końca kości udowej. Wartość refundacji świadczeń z tego powodu wyniosła 476 mln zł, z czego aż 71% to środki przeznaczone na świadczenia z powodu złamań bliższego końca kości udowej. Równocześnie wskaźnik chorobowości rejestrowanej wyniósł niemal 555 tys. – dokładnie 3674 osoby/100 tys. ludności powyżej 50. r.ż., przy czym różnice na poziomie powiatów były dziesięciokrotne – najwyższe współczynniki chorobowości rejestrowanej wyniosły 11 247 i 9 603 na 100 tys. osób (odpowiednio powiat m. Siedlce i powiat działdowski), zaś najniższe   
1 263 i 1 308 na 100 tys. osób (odpowiednio powiat elbląski i powiat radziejowski). Porównując szacowaną liczbę chorych z wartością chorobowości rejestrowanej wskazano, że stopień niedoszacowania liczby chorych na osteoporozę w 2018 r. wyniósł aż 74%. Odpowiada to liczbie 1,56 mln niezdiagnozowanych osób, z czego prawie 500 tys. to seniorzy powyżej 80 r.ż.

Z danych pochodzących z „Map potrzeb zdrowotnych w zakresie chorób układu kostno-mięśniowego dla województwa pomorskiego” wynika, że:

* liczba obserwowanych chorych w wieku powyżej 50. r.ż. z rozpoznaniem osteoporozy ze złamaniami patologicznymi lub bez złamań patologicznych to 32,31 tys.
* teoretyczna liczba chorych (estymowaną jako wskazany przez WHO procent populacji powyżej 50. r.ż.) to 122,32 tys.
* stopień wykrywalności osteoporozy definiowany jako stosunek liczby zachorowań zarejestrowanych do teoretycznych to 26,4 %

W okresie 2013-2015 w województwie pomorskim stwierdzono 118 zgonów z powodu chorób układu kostnomięśniowego, z których 58,5% dotyczyło osób w wieku 65 lat i starszych, 29,7% zmarłych stanowili mężczyźni

Współczynnik rzeczywisty umieralności z powodu tych chorób w województwie pomorskim wynosił 1,7/100 tys. ludności i był wyższy od ogólnopolskiego o 13,3%. Ta wartość współczynnika plasuje województwo na 4. miejscu w Polsce, licząc od województwa o najwyższej wartości.[[2]](#footnote-2)

W Polsce jedna na trzy kobiety po 70. roku życia doznaje złamania kości właśnie z powodu osteoporozy. Złamania osteoporotyczne są najczęściej zlokalizowane w miejscach typowych, takich jak:**nasada dalsza kości promieniowej** (80%), bliższy koniec kości ramiennej (75%), bliższy koniec kości udowej (70%), kręgosłup (58%).

Najgroźniejszymi konsekwencjami osteoporozy są złamania osteoporotyczne. Jako najczęstsze złamania osteoporotyczne uważa się złamania: bliższego końca kości udowej, kręgosłupa, kości promieniowej, bliższego końca kości ramiennej. Upadki są coraz poważniejszym problemem zdrowia publicznego w Polsce z powodu starzenia się populacji. W liczbach bezwzględnych w Polsce w 2019 r. w wyniku ura­zów doznanych podczas upadku zmarło blisko 4700 osób, czyli więcej niż w wypad­kach drogowych. Ryzyko upadku powikłanego poważnymi urazami zagrażającymi życiu bądź wymagającego hospitalizacji wśród których najważniejszymi są złamania, urazy głowy bądź zatorowość wyraźnie wzrasta wraz z wiekiem i największą grupą ryzyka tego typu wypadku stanowią osoby powyżej 65. roku życia. Nie oznacza to, że upadki są tylko zagrożeniem zdrowotnym dotyczącym osób starszych.

Chorobowość hospitalizowana z powodu upadków jest również wysoka u ludzi młodych, lecz w przy­padku młodszych osób mamy odmienną charakterystykę epidemiologiczną upadków. W przypadku tej grupy demograficznej urazy wywołane upadkiem zazwy­czaj mają lżejszy przebieg, złamania są prostsze w leczeniu a rekonwalescencja krótsza.[[3]](#footnote-3)

Wczesna profilaktyka i leczenie osteoporozy, które są ze sobą nierozerwalne z punktu widzenia medycznego, prowadzi do zmniejszenia ryzyka pierwszego i kolejnych złamań niskoenergetycznych kości, a za tym zdecydowanie poprawia to jakość życia, wpływa na jego wydłużenie i zapobiega wczesnemu zgonowi z powodu wtórnych trudno leczących się powikłań związanych ze złamaniami. Skutki następstw osteoporozy wyłączają osoby pracujące i nie pracujące z aktywności zawodowej, społecznej i rodzinnej.

**I.3. Opis obecnego postępowania**

Zarówno polskie jak i międzynarodowe rekomendacje zalecają prowadzenie działań przesiewowych poprzez ocenę ryzyka złamań w grupach osób narażonych na rozwój osteoporozy (głównie kobiety po menopauzie i mężczyźni w wieku 65 lat i więcej). Diagnostyka osteoporozy polega przede wszystkim na wstępnym zidentyfikowaniu pacjentów, u których ryzyko wystąpienia złamań w perspektywie 10 lat jest zwiększone. Dzięki kalkulatorowi FRAX opracowanemu przez University of Sheffield dla potrzeb WHO można oszacować 10-letnie ryzyko złamań kości. Ryzyko przewyższające 5% powinno skutkować przejściem pogłębionej diagnostyki w tym densytometrii i podjęcie stosownej terapii. Dalsze etapy diagnostyki osteoporozy obejmują konsultację specjalistyczną i wykonanie badań diagnostycznych. Najważniejszym z nich jest ocena densytometryczna BMD. Densytometria umożliwia rozpoznanie osteoporozy u pacjentów bezobjawowych i może służyć do monitorowania zmian BMD   
w czasie. Jedynym przeciwwskazaniem do badania jest ciąża. Aparat podaje obliczoną BMD pacjenta oraz jej porównanie do grupy kontrolnej w wieku 20-30 lat oraz do grupy kontrolnej w wieku badanego. Porównania określa się liczbą odchyleń standardowych, jaką dany wynik, różni się od grupy kontrolnej. Porównanie do grupy w wieku 20-30 lat, tzw. wskaźnik – T (T-score) określa, ile dany pacjent utracił masy kostnej w stosunku do masy szczytowej kości, którą osiągamy w tym okresie życia. Porównanie wyniku danego pacjenta do grupy kontrolnej w jego wieku oznaczamy wskaźnikiem – Z (Z-score).

Według WHO można określić wartość BMD stosując wskaźnik T jako:

• T-score >–1 SD — wartość prawidłowa,

• T-score od –1 do –2,5 SD — osteopenia,

• T-score ≤–2,5 SD — osteoporoza,

• T-score ≤–2,5 SD i złamanie osteoporotyczne — osteoporoza zaawansowana.

Badanie densytometryczne przeprowadza się w następujących lokalizacjach centralnych, zgodnie   
z zaleceniami międzynarodowymi (ISCD):

- kręgosłup w projekcja AP (pomiar L1-L4),

- b.k.k.u. (pole „total” lub szyjka kości udowej),

- przedramię, gdy kręgosłup i b.k.k.u. nie mogą być zmierzone lub nie nadają się do interpretacji (pole „33% radius”, kończyna niedominująca).

Wskazania do wykonania badania BMD metodą DXA obejmują:

- kobiety - 65 rok życia i powyżej, kobiety po menopauzie, przed 65 rokiem życia z czynnikami

ryzyka,

- mężczyzn - 70 rok życia i powyżej,

- dorosłych ze złamaniami niskoenergetycznymi,

- dorosłych, u których występują choroby lub stany mogące prowadzić do małej masy kostnej lub

nasilonej jej utraty,

- dorosłych przyjmujących leki związane z małą masą kostną lub nasiloną jej utratą,

- osoby, co do których istnieją wątpliwości, czy wdrożyć postępowanie farmakologiczne,

- osoby leczone w celu monitorowania terapii,

- kobiety, które przerywają hormonalną terapię zastępczą (HTZ).

Ustalenie podwyższonego ryzyka złamań lub też istnienia chorób lub innych stanów powiązanych   
z występowaniem osteoporoz wtórnych wymaga, zgodnie z aktualnymi polskimi zaleceniami, skierowania chorego do leczenia specjalistycznego

1. **Cele programu polityki zdrowotnej i mierniki efektywności jego realizacji**

**II.1 Cel główny**

Uzyskanie lub utrzymanie wysokiego poziomu wiedzy z zakresu profilaktyki osteoporozy oraz zapobiegania złamaniom osteoporotycznym, obejmującej zagadnienia teoretyczne i praktyczne, wśród 75% uczestników programu.

**II.2. Cele szczegółowe**

1. Uzyskanie lub utrzymanie wysokiego poziomu wiedzy teoretycznej i praktycznej wśród 90% personelu medycznego w zakresie w zakresie profilaktyki pierwotnej, diagnozowania, różnicowania i leczenia osteoporozy oraz zapobiegania złamaniom osteoporotycznym i upadkom.

2. Uzyskanie lub utrzymanie wysokiego poziomu wiedzy teoretycznej i praktycznej wśród 70% świadczeniobiorców w zakresie profilaktyki pierwotnej osteoporozy, zapobiegania upadkom oraz postępowania w sytuacji podwyższonego zagrożenia złamaniami osteoporotycznymi.

**II.3. Mierniki efektywności realizacji programu polityki zdrowotnej**

**Do celu głównego**

Odsetek osób (świadczeniobiorcy + personel medyczny), u których w post-teście odnotowano wysoki poziom wiedzy, względem wszystkich osób, które wypełniły pre-test.

**Do celów szczegółowych**

1. Odsetek przedstawicieli personelu medycznego, u których w post-teście odnotowano wysoki poziom wiedzy, względem wszystkich osób z personelu medycznego, które wypełniły pre-test.
2. Odsetek świadczeniobiorców, u których w post-teście odnotowano wysoki poziom wiedzy, względem wszystkich świadczeniobiorców, którzy wypełnili pre-test.
3. Charakterystyka populacji docelowej
4. Populacja docelowa

Liczba ludności w mieście Sopot na rok 2023 wynosi 30 563 mieszkańców, w tym 16 617 kobiet   
i 13 946 mężczyzn.[[4]](#footnote-4)

Populacja zamieszkałych na terenie Gminy Miasta Sopotu:

Kobiety powyżej 50 r.ż. 8716

Mężczyźni powyżej 50 r.ż. 6148

Kobiety powyżej 65 r.ż. 5721

Kobiety w wieku 40-64 5370

Mężczyźni powyżej 75 r.ż. 1556

Liczebność populacji, która zostanie włączona do programu polityki zdrowotnej przy zachowaniu równego dostępu do działań oferowanych w ramach programu polityki zdrowotnej dla wszystkich uczestników.

* kobiety > 65 -1717
* kobiety 40-64 - 1187
* mężczyźni > 75 - 100

Zgodnie z Mapą potrzeb zdrowotnych w zakresie chorób układu kostno-mięśniowego dla województwa pomorskiego stopień wykrywalności osteoporozy definiowany jako stosunek liczby zachorowań zarejestrowanych do teoretycznych w województwie pomorskim wśród osób powyżej  
 50 roku życia wynosi 26,4 %.



Przyjmując powyższe dane obserwowana liczba chorych w województwie pomorskim z wykrytą osteoporozą to 32.310, czyli 4,4%. Potencjalna liczba chorych to 122.320, czyli 16,5%. Pozwala nam to na określenie potencjalnej populacji osób z gminy Sopot z niezdiagnozowaną osteoporozą oraz populacji, która może zostać objęta programem .

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
|  | Potencjalna liczba osób z wykrytą osteoporozą – 16,5 % populacji gminy Sopot | Liczba osób z wykrytą osteoporozą – 4,4 % populacji | Potencjalna liczba osób chorych niezdiagnozowanych | Potencjalna liczba osób mogąca być objęta programem |
| kobiety > 65 | 944 | 252 | 692 | 5469 |
| kobiety 40-64 | 886 | 236 | 650 | 5134 |
| mężczyźni > 75 | 257 | 68 | 188 | 1488 |
| RAZEM | 2087 | 556 | **1530** | **12091** |

Mając na uwadze specyfikę gminy Sopot i zgłaszalność do programów polityki zdrowotnej planuje się objąć programem w ciągu 2 lat z możliwością przedłużenia programu na kolejne lata i zwiększenia populacji docelowej szacunkową populację:

|  |  |
| --- | --- |
| kobiety > 65 | 1717 |
| kobiety 40-64 | 1187 |
| mężczyźni > 75 | 100 |
| RAZEM | **3004** |

Łącznie działaniami informacyjno-edukacyjnymi oraz oceną ryzyka wystąpienia poważnych złamań osteoporotycznych z użyciem narzędzia FRAX w ramach programu zostanie objętych 30% kobiet ≥ 65 roku życia mieszkających na terenie gminy oraz 25% kobiet w wieku 40-64 lat z co najmniej jednym dodatkowym czynnikiem ryzyka złamania osteoporotycznego.

Odsetek osób powyżej 50 roku życia mieszkających na terenie gminy objętych działaniami informacyjno-edukacyjnymi w ramach programu wyniesie 20 %

Zgodnie z badaniami WHO oraz SCOPE (The scorecard for osteoporosis in Europe) w krajach Unii Europejskiej w populacji w wieku powyżej 50 lat osteoporoza wystąpi u 22,1% kobiet oraz 6,6% mężczyzn. Według International Osteoporosis Foundation proporcje te wynoszą odpowiednio   
1/3 populacji kobiet oraz 1/5 populacji mężczyzn.

Zakładając te proporcje, liczba osób, u których będzie trzeba przeprowadzić wstępną diagnostykę FRAX oraz pełną diagnostykę tj. FRAX + badanie densytometryczne i konsultacja lekarska wygląda następująco:

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
|  | potencjalna liczba osób, które **zgłoszą się** do projektu | liczba osób, u których będzie przeprowadzona tylko wstępna diagnostyka  w programie tj. FRAX | liczba osób, u których będzie trzeba przeprowadzić pełną diagnostykę  w programie tj. FRAX + badanie densytometryczne i konsultacja lekarska tj. u których wystąpi osteoporoza wg IOF kobiety 1/4, mężczyźni 1/8 |
| kobiety > 65 | 1717 | 1717 | 640 |
| kobiety 40-64 | 1187 | 310 | 297 |
| mężczyźni > 75 | 100 | 25 | 15 |
| RAZEM | 3004 | **2052** | **952** |

Mając na uwadze specyfikę populacji Miasta Sopot oraz zabezpieczenie pełnej możliwości diagnostyki, na potrzeby projektu należałoby planuje się przyjąć ostateczne założenia:

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
|  | potencjalna liczba osób, które **zgłoszą się** do projektu | liczba osób, u których będzie trzeba przeprowadzić tylko wstępną diagnostykę  w programie tj. FRAX | liczba osób, u których będzie trzeba przeprowadzić pełną diagnostykę  w programie tj. FRAX + badanie densytometryczne i konsultacja lekarska tj. u których wystąpi osteoporoza wg IOF kobiety 1/3, mężczyźni 1/5 |
| RAZEM | **3000** | **2000** | **1000** |

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| **Interwencja** | **Opis populacji docelowej** | **populacja** |
| Szkolenia personelu medycznego | Personel medyczny, który ma kontakt z uczestnikami PPZ, a w szczególności:   * osoby realizujące działania informacyjno-edukacyjne * lekarze przeprowadzający wizyty podsumowujące. | 25 |
| Działania informacyjno-edukacyjne | Populacja ogólna osób dorosłych ≥50 r.ż., , tj.20% populacji | 3 000 |
| Ocena ryzyka poważnego złamania osteoporotycznego narzędziem FRAX | Kobiety w wieku ≥65 lat, lub kobiety w wieku 40-64 lat z co najmniej jednym dodatkowym czynnikiem ryzyka złamania osteoporotycznego, lub mężczyźni w wieku ≥75 lat (po objęciu działaniami całej populacji kobiet). | 2 000 |
| Pomiar BMD za pomocą DXA | Uczestnicy programu, u których ryzyko poważnego złamania osteoporotycznego ocenionego narzędziem FRAX na podstawie danych z formularza zgłoszeniowego wyniosło ≥5%. | 1 000 |
| Lekarska wizyta podsumowująca | Każdy świadczeniobiorca, który w ramach programu uzyskał wynik pomiaru BMD | 1000 |

1. **Kwalifikacja do udziału w programie polityki zdrowotnej**

**Kryteria formalne:**

1) Osoba aplikująca do programu, w dniu zgłoszenia, musi:

* w przypadku kobiet mieć ukończone 65 lat lub być w wieku 40-64 lata i spełniać dodatkowo co najmniej jedno kryterium medyczne;
* w przypadku mężczyzn mieć ukończone 75 lat.

2) Osoba aplikująca do programu, w dniu zgłoszenia musi:

* mieszkać na terenie Gminy Miasta Sopotu;
* udzielić świadomej zgody na udział w programie;
* złożyć pisemne oświadczenie, że nie jest obecnie uczestnikiem innego programu o podobnym charakterze finansowanym ze środków publicznych i nie uczestniczyła w tego typu programie w ciągu ostatnich 24 miesięcy;
* złożyć pisemne oświadczenie, że w ciągu ostatnich 24 miesięcy nie miała przeprowadzonego badania densytometrycznego.

**Kryterium medyczne:**

Czynników ryzyka złamania osteoporotycznego:

* przebyte złamania,
* złamania biodra u co najmniej jednego z rodziców,
* obecne palenie tytoniu, stosowanie glikokortykosteroidów,
* zdiagnozowane reumatoidalne zapalenie stawów,
* obecność schorzenia silnie związanego z osteoporozą,
* spożywanie 3 lub więcej jednostek alkoholu dziennie.

1. **Planowane interwencje**
2. **Szkolenia personelu medycznego 25 osób**

1.Szkolenia grupy docelowej - personelu medycznego dla 25 osób

a) przygotowanie i organizacja szkoleń

b) przeprowadzenie szkoleń w wyznaczonych terminach

c) przeprowadzenie pre i post testów

2. Uczestnicy:

* personel medyczny, który ma kontakt z uczestnikami PPZ, a w szczególności:

-osoby realizujące działania informacyjno-edukacyjne: edukator, lekarz, fizjoterapeuta, dietetyk, lekarze przeprowadzający wizyty podsumowujące 5 osób

3. Przygotowanie sprawozdania z przeprowadzonych działań

**2) Działania informacyjno-edukacyjne**

1. Populacja ogólna osób dorosłych 3004 osób

2. Akcja informacyjna - dotarcie do osób poprzez kanały online, media, artykuły promocyjne, akcje promocji zdrowia odbywające się w mieście.

3. Rekrutacja uczestników 3000 osób

4. Każda osoba, która zgłosi się do udziału w programie otrzyma broszurę edukacyjną w zakresie czynników ryzyka osteoporozy, eliminacji pozakostnych czynników złamań, stosowania odpowiedniej diety (bogatej w wapń i witaminę D), unikania używek (papierosy, alkohol, kofeina), prowadzenia aktywności fizycznej

5. Działania edukacyjne wśród uczestników

6. Przygotowanie sprawozdania z przeprowadzonych działań

1. **Ocena ryzyka poważnego złamania osteoporotycznego narzędziem FRAX:**

1. Kobiety w wieku ≥65 lat, lub kobiety w wieku 40-64 lat z co najmniej jednym dodatkowym czynnikiem ryzyka złamania osteoporotycznego, lub mężczyźni w wieku ≥75 lat (po objęciu działaniami całej populacji kobiet).

2. Po zgłoszeniu się beneficjenta do programu polityki zdrowotnej osoba wyznaczona spośród personelu uczestniczącego w projekcie przeprowadzi pre test dotyczący oceny wiedzy uczestników programu na temat osteoporozy.

3. Następnie dokonana zostanie wstępna ocena 10-letniego ryzyka złamań przy zastosowaniu metody FRAX.

4. Uczestnicy programu, u których ryzyko poważnego złamania osteoporotycznego ocenionego narzędziem FRAX na podstawie danych z formularza zgłoszeniowego wyniosło ≥5% zostaną skierowani na badanie BDM za pomocą DXA

5. Przygotowanie sprawozdania z przeprowadzonych działań **3 000 osób**

**4) Pomiar BMD za pomocą DXA**

1. Badaniu zostaną poddani uczestnicy programu, u których ryzyko poważnego złamania osteoporotycznego ocenionego narzędziem FRAX na podstawie danych z formularza zgłoszeniowego wyniosło ≥5% 1000 osób

2. Wszyscy uczestnicy programu zostaną zaproszeni na warsztaty/spotkania z lekarzem (30 minut), fizjoterapeutą (30 minut) i dietetykiem (30 minut) na temat czynników ryzyka, właściwej diety, aktywności fizycznej i unikania upadków oraz organizacji bezpiecznego środowiska funkcjonowania osób starszych (w mieszkaniu, w domu).

3. Przygotowanie sprawozdania z przeprowadzonych działań

**5) Lekarska wizyta podsumowująca**

1. Każda osoba, u której wykonana zostanie densytometria skierowana zostanie na konsultację lekarza specjalisty, który dokona opisu badania **1000 osób**

2. W razie potrzeby przekaże zalecenia dotyczące leczenia w ramach świadczeń gwarantowanych ze środków Narodowego Funduszu Zdrowia.

3. Przygotowanie sprawozdania z przeprowadzonych działań

1. **Sposób udzielania świadczeń zdrowotnych w ramach programu polityki**

Po zgłoszeniu się beneficjenta do programu polityki zdrowotnej osoba wyznaczona spośród personelu uczestniczącego w projekcie przeprowadzi pre test dotyczący oceny wiedzy uczestników programu na temat osteoporozy (Załącznik nr 1). Następnie dokona wstępnej oceny 10-letniego ryzyka złamań przy zastosowaniu metody FRAX. Każda osoba, która zgłosi się do udziału w programie otrzyma broszurę edukacyjną w zakresie czynników ryzyka osteoporozy, eliminacji pozakostnych czynników złamań, stosowania odpowiedniej diety (bogatej w wapń i witaminę D), unikania używek (papierosy, alkohol, kofeina), prowadzenia aktywności fizycznej. Osoby, u których ryzyko złamań zostanie ocenione na   
≥ 5 % zostaną skierowane na badanie densytometryczne. Każda osoba, u której wykonana zostanie densytometria skierowana zostanie na konsultację lekarza specjalisty, który dokona opisu badania   
i w razie potrzeby przekaże zalecenia dotyczące leczenia w ramach świadczeń gwarantowanych ze środków Narodowego Funduszu Zdrowia. Wszyscy uczestnicy programu zostaną zaproszeni na **spotkania informacyjno-edukacyjne** z lekarzem (30 minut), fizjoterapeutą (30 minut) i dietetykiem (30 minut) na temat czynników ryzyka, właściwej diety, aktywności fizycznej i unikania upadków oraz organizacji bezpiecznego środowiska funkcjonowania osób starszych (w mieszkaniu, w domu).   
W jednym roku trwania programu spotkania informacyjno-edukacyjne przeprowadzone zostaną 10 razy (średnio 1/m-c). Łącznie w czasie trwania programu zaplanowanych zostało 20 spotkania informacyjno-edukacyjne. Podczas tego spotkania uczestnicy wypełnią post test oceniający wiedzę uczestników programu na temat osteoporozy (Załącznik nr 2) oraz ankietę oceny satysfakcji z udziału w programie (Załącznik nr 3).

1. **Sposób zakończenia udziału w programie polityki zdrowotnej**

Osoby biorące udział w programie otrzymają informację i oszacowanie 10-letnietniego ryzyka złamań przy użyciu metody FRAX, z zaleceniem dalszego postępowania w ramach świadczeń gwarantowanych ze środków Narodowego Funduszu Zdrowia. Natomiast osoby, które zostaną zakwalifikowanego do badania densytometrycznego, po konsultacji lekarza specjalisty, skierowane zostaną do dalszego postępowania w ramach świadczeń gwarantowanych ze środków Narodowego Funduszu Zdrowia.

1. **Organizacja programu polityki zdrowotnej**
2. **Części składowe, etapy i działania organizacyjne:**

1**.**Opracowanie projektu programu polityki zdrowotnej **- I kwartał 2023**

2.Rozstrzygnięcie konkursu ogłoszonego przez Ministra Zdrowia - **III kwartał 2023**

3.Uchwalenie programu przez Radę Miasta Sopotu – **IV kwartał 2023**

4.Przygotowanie i przeprowadzenie procedury konkursowej oraz rozstrzygnięcie konkursu na realizatora wyłonienie realizujących program podmiotów leczniczych zgodnie z art. 48b ust. 1 ustawy o świadczeniach opieki zdrowotnej finansowanych ze środków publicznych **- IV kwartał 2023**

5.Nawiązanie współpracy i zawarcie umów z Realizatorem/ami programu - **IV kwartał 2023**

6.Udzielanie świadczeń zdrowotnych przez realizatora/ów programu zgodnie z zawartymi umowami

Przeprowadzenie interwencji: szkoleń dla personelu medycznego, działań edukacyjno-informacyjnych, oceny ryzyka poważnego złamania osteoporotycznego narzędziem FRAX, pomiarów BMD za pomocą DXA, lekarskie wizyty podsumowujące **- od IV kwartał 2023 do IV kwartał 2025**

7.Monitoring. Bieżące zbieranie danych dot. realizowanych działań, analiza jakości udzielanych świadczeń **- od IV kwartał 2023 do IV kwartał 2025**

8.Ocena efektywności programu na podstawie analizy wskazanych mierników efektywności **- od I kwartał 2024 do IV kwartał 2025**

9.Ewaluacja **-od I kwartał 2024** **do IV kwartał 2025**

10. Przygotowanie raportu końcowego z realizacji programu polityki zdrowotnej - **IV kwartał 2025**

Na stronie internetowej Miasta Sopotu zostanie umieszczona informacja o rozpoczęciu oraz zasadach uczestnictwa w Programie.

1. **Warunki realizacji programu polityki zdrowotnej dotyczące personelu, wyposażenia   
   i warunków lokalowych**
2. Szkolenia personelu medycznego

Lekarz (optymalnie ze specjalizacją w dziedzinie reumatologii) posiadający doświadczenie   
w diagnostyce, leczeniu, różnicowaniu i profilaktyce osteoporozy oraz zapobieganiu złamaniom osteoporotycznym i upadkom („ekspert”), który jest w stanie odpowiednio przeszkolić personel   
i w ten sposób zapewnić wysoką jakość interwencji w ramach programu. Szkolenia odbywać będą się w pomieszczeniach konferencyjne mogących pomieścić do 30 osób, wyposażone w sprzęt komputerowy, rzutnik, ekran, flipchart, tablicę, ew. mikrofon.

1. Działania informacyjno-edukacyjne

Lekarz, fizjoterapeuta pielęgniarka, asystent medyczny, edukator zdrowotny lub inny przedstawiciel zawodu medycznego, który posiada odpowiedni zakres wiedzy, doświadczenia i kompetencji dla przeprowadzenia działań informacyjno-edukacyjnych, np. uzyskany w czasie uczestnictwa   
w szkoleniu prowadzonym przez eksperta w ramach PPZ.

Pomieszczenie, gabinet niekoniecznie lekarski lub zabiegowy do prowadzenia indywidualnych działań edukacyjno-informacyjnych. Większość zaplanowanych działań edukacyjno-informacyjnych odbywać się będzie w sferze online, na przestrzeniach ogólnodostępnych, podczas eventów itp.

1. Ocena ryzyka poważnego złamania osteoporotycznego narzędziem FRAX

Osoba przyjmująca formularz musi posiadać odpowiedni poziom wiedzy dla udzielenia wyczerpującej i merytorycznie poprawnej odpowiedzi na związane z realizowanym programem pytania świadczeniobiorców, np. uzyskany dzięki udziałowi w szkoleniu dla personelu medycznego realizowanym w ramach programu (Załącznik nr 4 test wiedzy dla personelu). Pomieszczenie, gabinet niekoniecznie lekarski lub zabiegowy do prowadzenia oceny ryzyka narzędziem FRAX.

1. Wykonanie pomiaru BMD za pomocą DXA

Zgodnie z obowiązującymi przepisami. Realizowane są w gabinetach specjalistycznych, gdzie przeprowadza się badanie densytometryczne DXA kości udowej i/lub kości krzyżowej. Personel uprawniony do przeprowadzania badań za pomocą DXA (np. technik radiolog, lekarz radiolog).

1. Lekarska wizyta podsumowująca

Lekarz posiadający doświadczenie w diagnostyce, różnicowaniu i leczeniu osteoporozy lub lekarz po ukończeniu prowadzonego w ramach PPZ przez eksperta szkolenia dla personelu medycznego. Wizyta odbędzie się w gabinecie lekarskim lub pielęgniarskim.

Organizatorem programu będzie Gmina Miasta Sopotu. Realizator (podmiot leczniczy) zostanie wyłoniony w drodze konkursu ofert.

Podmiot realizujący badania i profilaktykę z zakresu osteoporozy będzie zobowiązany do prowadzenia i przechowywania dokumentacji medycznej, a także do zbierania pre-testów, post-testów oraz ankiet satysfakcji uczestników.

Realizator będzie przekazywał organizatorowi raporty i sprawozdania po danym okresie realizacji programu: okresowe, roczne i końcowe.

Działania prowadzone będą na terenie Gmina Miasta Sopotu w miejscu/miejscach wskazanych przez realizatora. Informacje o placówkach i terminach, w których będą realizowane zostaną rozpowszechniane za pomocą dostępnych kanałów i środków przekazu przez realizatora i organizatora (GMS). Na podstawie danych liczbowych i organizacyjnych (m.in. lista osób zgłoszonych do programu, dane dotyczące frekwencji z lat ubiegłych) zostaną zabezpieczone wymagane pomocnicze wyroby medyczne (sprzęt i materiały jednorazowego użytku). Realizator powinien dysponować kadrą, pomieszczeniami i wyposażeniem niezbędnymi do prowadzenia interwencji zaplanowanych w programie; są też zobowiązani do posiadania zasobów niezbędnych do realizacji powierzonego zadania zgodnie z obowiązującymi przepisami prawa.

1. **Sposób monitorowania i ewaluacji programu polityki zdrowotnej**
2. **Monitorowanie**

Ocena zgłaszalności do programu to kluczowy element bieżącego monitorowania przebiegu programu. Informacje dotyczące liczby uczestników zostaną odniesione do wartości liczbowych wynikających   
z harmonogramu akcji i zakładanej populacji docelowej.

Bieżąca ocena realizacji programu będzie polegała na analizie raportów oraz okresowych i rocznych sprawozdań z realizacji programu.

Monitoringowi poddana zostanie liczba zgód na udział w programie. Jej zmiana w trakcie poszczególnych lat trwania projektu, porównana z liczebnością populacji docelowej, stanie się użytecznym wskaźnikiem skuteczności działań informacyjnych i promocyjnych. Wskaźniki mające zastosowanie w monitorowaniu programu polityki zdrowotnej zostaną wybrane przez realizatora/realizatorów oraz organizatora i zostaną ustalone w ramach szczegółowej umowy na realizację programu. Mogą być to m.in.:

|  |  |
| --- | --- |
| wskaźnik | Zakładana wartość docelowa |
| liczba osób, które uczestniczyły w szkoleniach dla personelu medycznego, z podziałem na zawody medyczne | 25 |
| liczba świadczeniobiorców, którzy zostali poddani działaniom edukacyjno-informacyjnym | 3004 |
| liczba świadczeniobiorców, którzy zostali zakwalifikowani do FRAX | 3000 |
| liczba świadczeniobiorców, którzy w ramach programu wykonali pomiar BMD za pomocą DXA | 1000 |
| liczba świadczeniobiorców, którzy wzięli udział w lekarskiej wizycie podsumowującej | 1000 |
| liczba świadczeniobiorców, którzy nie zostali objęci działaniami w ramach programu polityki zdrowotnej, wraz ze wskazaniem powodów | 200 |
| liczba osób, która zrezygnowała z udziału w programie | 450 |

* liczba osób, które uczestniczyły w szkoleniach dla personelu medycznego, z podziałem na zawody medyczne;
* liczba świadczeniobiorców, którzy zostali poddani działaniom edukacyjno-informacyjnym;
* liczba świadczeniobiorców, którzy zostali zakwalifikowani do FRAX, z podziałem na wyniki <5%   
  i ≥5%;
* liczba świadczeniobiorców, którzy w ramach programu wykonali pomiar BMD za pomocą DXA,   
  z podziałem na grupy wyników *T-score* (grupa >–1; grupa ≤–1 i >–2,5; grupa ≤–2,5).
* liczba świadczeniobiorców, którzy wzięli udział w lekarskiej wizycie podsumowującej;
* liczba świadczeniobiorców, którzy nie zostali objęci działaniami w ramach programu polityki zdrowotnej, wraz ze wskazaniem powodów;
* liczba osób, która zrezygnowała z udziału w programie.

Utrzymanie wysokiej jakości świadczeń będzie na bieżąco nadzorowane przez realizatora, natomiast jakość świadczeń będzie sprawdzana za pomocą ankiet satysfakcji (Załącznik 3). Kwestionariusz zostanie udostępniony uczestnikom akcji, którzy będą mogli go anonimowo wypełnić. Następnie kwestionariusze zostaną zebrane i przeanalizowane pod kątem zgłaszanych uwag i poziomu zadowolenia. Wyciągnięte wnioski posłużą do podniesienia jakości programu i zwiększenia poziomu zadowolenia uczestników.

**V.2. Ewaluacja**

Do oceny efektywności programu jest zobowiązany organizator programu na podstawie informacji, danych, raportów i sprawozdań przygotowanych przez realizatora. W ramach ewaluacji dokonana będzie ocena efektywności programu oraz trwałości jego rezultatów:

|  |  |
| --- | --- |
| wskaźnik | Zakładana wartość docelowa |
| liczba osób uczestniczących w szkoleniach dla personelu medycznego, u których doszło do wzrostu lub utrzymanie wysokiego poziomu wiedzy (przeprowadzenie pre-testu i post-testu) | 23 |
| liczba uczestników działań informacyjno-edukacyjnych, u których doszło do wzrostu poziomu wiedzy (przeprowadzenie pre-testu i post-testu) | 2100 |
| odsetek świadczeniobiorców z wynikiem FRAX ≥5% względem wszystkich świadczeniobiorców, dla których w ramach programu wykonano ocenę FRAX | 33 |
| odsetek świadczeniobiorców z wynikiem BMD *T-score* ≤–2,5 względem wszystkich świadczeniobiorców, dla których przeprowadzono badanie DXA w ramach programu | 33 |

* liczba osób uczestniczących w szkoleniach dla personelu medycznego, u których doszło do wzrostu lub utrzymanie wysokiego poziomu wiedzy (przeprowadzenie pre-testu i post-testu) – 23 osoby
* liczba uczestników działań informacyjno-edukacyjnych, u których doszło do wzrostu poziomu wiedzy (przeprowadzenie pre-testu i post-testu) – 2100 osób
* odsetek świadczeniobiorców z wynikiem FRAX ≥5% względem wszystkich świadczeniobiorców, dla których w ramach programu wykonano ocenę FRAX – 33%
* odsetek świadczeniobiorców z wynikiem BMD *T-score* ≤–2,5 względem wszystkich świadczeniobiorców, dla których przeprowadzono badanie DXA w ramach programu – 33 %

1. Budżet programu polityki zdrowotnej

Poziom dofinansowania ze środków Subfunduszu rozwoju profilaktyki, dla jednego programu polityki zdrowotnej wynosi 80% środków przewidzianych na realizację tego programu określonych we wniosku o dofinansowanie a 20% wkładu własnego zapewni Gmina Miasta Sopotu.

1. **1 Koszty jednostkowe**

Szkolenie dla personelu medycznego 1 na rok 1h 30min, 1 h - 300 zł

Działania informacyjno-edukacyjne 10 na rok (lekarz 30 min, fizjoterapeuta 30 min, dietetyk 30 min).

|  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| **Lp** | **Działania** | **Liczba** | **Koszt jednostkowy** | **Koszty roczne** | **Koszty razem za 2 lata** |
| **[1]** | **[2]** | **[3]** | **[4]** | **[5]** | **[6]** |
| **1.** | Ewaluacja i monitorowanie | 1 | 39 398,00 | 39 398,00 | 78 796,00 |
| **2.** | Koszty personelu PPZ bezpośrednio zaangażowanego w zarządzanie, rozliczanie, monitorowanie projektu lub prowadzenie innych działań administracyjnych w projekcie, w tym w szczególności koszty wynagrodzenia  **- 1 etat** | 12 | 6 500,00 | 78 000,00 | 156 000,00 |
| **3.** | Koszty personelu obsługowego ( np. Obsługa kadrowa, finansowa,administracyjna,obsługa prawna, w tym ta dotycząca zamówień) na potrzeby funkcjonowania PPZ **– 0,5 etatu** | 12 | 3 250,00 | 39 000,00 | 78 000,00 |
| **4.** | Działania informacyjno-promocyjne projektu ( np. Przygotowanie materiałów promocyjnych i informacyjnych, zakup ogłoszeń prasowych, plakaty, ulotki, itp. ) | 1 | 12 500,00 | 12 500,00 | 25 000,00 |
| **Koszty bezpośrednie** | | | | |  |
| **1.** | Koszt przygotowania i prowadzenia szkoleń dla personelu medycznego | 2 | 450,00 | 900,00 | 1 800,00 |
| **2.** | Koszt przygotowania i prowadzenia działań informacyjno- edukacyjnych dla świadczenoniobiorcy | 10 | 450,00 | 4 500,00 | 9 000,00 |
| **3.** | Koszt obsługi narzędzia FRAX | 1500 | 50,00 | 75 000,00 | 150 000,00 |
| **5.** | Kaszt pomiaru BMD za pomocą DXA | 500 | 100,00 | 50 000,00 | 100 000,00 |
| **6.** | Koszt lekarskiej wizyty podsumowującej | 500 | 180,00 | 90 000,00 | 180 000,00 |
|  | Narzut na koszty bezpośrednie 20% |  |  | 44 080,00 | 88 160,00 |
| **SUMA kosztów** | | | | **393 980,00** | **787 960,00** |
|  | **RAZEM z kosztami ewaluacji** | | | **433 378,00** | **866 756,00** |

**VI.2 Koszty całkowite**

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| Roczne koszty | 2023/2024 | 2024/2025 | Razem |
| Pośrednie | 168 898,00 | 168 898,00 | 337 796,00 |
| Bezpośrednie | 244 480,00 | 244 480,00 | 488 960,00 |
| RAZEM | **433 378,00** | **433 378,00** | **866 756,00** |

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| Rok realizacji PPZ | Koszt całkowity | Udział własny realizatora | Wnioskowana kwota dofinansowania zł |
| 2023 | 36 115,00 | 7 223,00 | 28 892,00 |
| 2024 | 453 060,00 | 90 612,00 | 362 448,00 |
| 2025 | 377 581,00 | 75 517,00 | 302 064,00 |
| RAZEM | **866 756,00** | **173 352,00** | **693 404,00** |

**VI.3 Źródła finansowania**

***Kwota środków na dofinansowanie ze środków Subfunduszu rozwoju profilaktyki***

Dofinansowanie 80% kosztów całkowitych 693 404,00 zł

***Wkład własny dofinansowanie ze środków Gminy Miasta Sopotu***

Wkład własny 20% kosztów całkowitych 173 352,00 zł

1. **Bibliografia**
2. NFZ o zdrowiu Osteoporoza Departament Analiz i Strategii, Warszawa, listopad 2019
3. Zalecenia postępowania diagnostycznego i leczniczego w osteoporozie w Polsce. Aktualizacja 2017
4. Mapa potrzeb zdrowotnych w zakresie chorób układu kostno-mięśniowego dla województwa pomorskiego 2018 r.
5. Sytuacja zdrowotna ludności Polski i jej uwarunkowania 2022 Pod redakcją: Bogdana Wojtyniaka i Pawła Goryńskiego
6. Diagnostyka i leczenie osteoporozy — zalecenia Polskiego Towarzystwa Reumatologicznego 2015 Piotr Leszczyński, Mariusz Korkosz, Katarzyna Pawlak-Buś, Małgorzata Bykowska, Katarzyna Gruszecka, Anna Górska, Piotr Ignaczak, Tomasz Jankowski, Grażyna Kot, Maria Rell-Bakalarska
7. Bank Danych Lokalnych - <https://bdl.stat.gov.pl/BDL/star>t

**Załącznik nr 1**

**Pre Test dla uczestników**

**1/Co to jest osteoporoza**

a/jest to choroba zwyrodnieniowa

b/zmniejszenie  gęstości mineralnej kości

c/tak określa się niski poziom witaminy D3

d/nie wiem

**2/Kto choruje na osteoporozę**

a/tylko mężczyźni

b/tylko kobiety

c/kobiety i mężczyźni

d/nie wiem

**3/Co ma wpływ na zachorowanie na osteoporozę**

a/palenie papierosów ,nadużywanie alkoholu

b/menopauza

c/mała ekspozycja na słonce

d/zła dieta

e/wszystkie powyższe

**4/Jak możemy rozpoznać czy chorujemy  na osteoporozę**

a/mamy trudności w poruszaniu się

b/mamy obrzęk stawu

c/po wyniku badania densytometrycznego

d/żaden z powyższych nie pozwala stwierdzić osteoporozy

**5/Czy choroby takie jak Reumatoidalne zapalenie stawów, choroby tarczycy, cukrzyca maja wpływ na wystąpienie osteoporozy**

1/tak

2/nie

3/nie wiem

**6/Czy wystarczy  stale przyjmować witaminę D3 i wapń ,żeby  nie zachorować na osteoporozę**

a/Tak

b/Nie

**7/Dlaczego powinniśmy rozpoznawać i leczyć osteoporozę**

a/żeby zapobiec złamaniom kręgu lub szyjki kości udowej

b/żeby zapobiec zmniejszeniu wzrostu

c/żeby poprawił nam się apetyt

d/w celu poprawy badan krwi

**7/czy uważasz ,że Twoja wiedza w temacie osteoporozy jest**

a/b. dobra

b/ dobra

c /słaba

d/nic na temat tej choroby nie wiem

**Załącznik nr 2**

**Post Test dla uczestników**

**1/Co to jest osteoporoza**

a/jest to choroba zwyrodnieniowa

b/zmniejszenie  gęstości mineralnej kości

c/tak określa się niski poziom witaminy D3

d/nie wiem

**2/Kto choruje na osteoporozę**

a/tylko mężczyźni

b/tylko kobiety

c/kobiety i mężczyźni

d/nie wiem

**3/Co ma wpływ na zachorowanie na osteoporozę**

a/palenie papierosów ,nadużywanie alkoholu

b/menopauza

c/mała ekspozycja na słonce

d/zła dieta

e/wszystkie powyższe

**4/Jak możemy rozpoznać czy chorujemy  na osteoporozę**

a/mamy trudności w poruszaniu się

b/mamy obrzęk stawu

c/po wyniku badania densytometrycznego

d/żaden z powyższych nie pozwala stwierdzić osteoporozy

**5/Czy choroby takie jak Reumatoidalne zapalenie stawów, choroby tarczycy, cukrzyca maja wpływ na wystąpienie osteoporozy**

1/tak

2/nie

3/nie wiem

**6/Czy wystarczy  stale przyjmować witaminę D3 i wapń ,żeby  nie zachorować na osteoporozę**

a/Tak

b/Nie

**7/Dlaczego powinniśmy rozpoznawać i leczyć osteoporozę**

a/żeby zapobiec złamaniom kręgu lub szyjki kości udowej

b/żeby zapobiec zmniejszeniu wzrostu

c/żeby poprawił nam się apetyt

d/w celu poprawy badan krwi

**7/czy uważasz ,że Twoja wiedza w temacie osteoporozy jest**

a/b. dobra

b/ dobra

c /słaba

d/nic na temat tej choroby nie wiem

**Załącznik nr 3**

**Ankieta satysfakcji**

*Ankieta jest anonimowa.*

*Proszę podkreślić wybraną odpowiedź.*

1. W jaki sposób dowiedziała się Pani/dowiedział się Pan o programie?

a) ze strony internetowej Urzędu Miasta Sopotu,

b) z lokalnej prasy,

c) od lokalnych organizacji senioralnych,

d) od znajomych,

e) w przychodni lekarza rodzinnego

f) w inny sposób, jaki? ...............................................................................................

2. Jak ocenia Pani/Pan dostęp do informacji o programie?

a) bardzo dobrze

b) dobrze

c) przeciętnie

d) niezadowalająco

e) źle

3. Jak ocenia Pani/Pan wiedzę i kompetencje osób realizujących program?

a) bardzo dobrze

b) dobrze

c) przeciętnie

d) niezadowalająco

e) źle

4. Jak oceniają Państwo jakość wizyty u lekarza specjalisty ?

a) bardzo dobrze

b) dobrze

c) przeciętnie

d) niezadowalająco

e) źle

5. Jak ocenia Pani/Pan poziom obsługi w ramach programu (uprzejmość, dostępność, chęć udzielenia pomocy)?

a) bardzo dobrze

b) dobrze

c) przeciętnie

d) niezadowalająco

e) źle

6. Jak ocenia Pani/Pan stan wiedzy w zakresie profilaktyki osteoporozy przed udziałem w programie:

a) bardzo dobrze

b) dobrze

c) przeciętnie

d) niezadowalająco

e) źle

7. Jak ocenia Pani/Pan swój stan wiedzy (poszerzenie posiadanych informacji) w zakresie profilaktyki osteoporozy po zakończeniu udziału w programie

a) bardzo dobrze

b) dobrze

c) przeciętnie

d) niezadowalająco

e) źle

8. Jak całościowo ocenia Pani/Pan program?

a) bardzo dobrze

b) dobrze

c) przeciętnie

d) niezadowalająco

e) źle

9. Czy ma Pani/Pan jakieś propozycje i uwagi w zakresie realizacji programu? (jeśli tak,

proszę wpisać poniżej)

a) tak (proszę wpisać jakie)

……………………………………………………………………………………….......................

..............................................................................................................................................

..............................................................................................................................................

b) nie

*Bardzo dziękujemy za pomoc i wypełnienie ankiety.*

*Uzyskane informacje pomogą nam w zapewnieniu wysokiej jakości świadczonych usług i najwyższego komfortu uczestnikom programu. Dlatego jesteśmy Państwu szczególnie wdzięczni za poświęcony czas.*

**Załącznik nr 4**

**Pre/Post Test dla personelu**

**1/Osteoporoza to choroba**

a/dotycząca całego szkieletu

b/dotycząca tylko kręgosłupa

c/dotycząca tylko szyjko kości udowej

**2/Na osteoporozę chorują**

a/wszyscy po 50 r.życia

b/tyko osoby z dodatkowymi chorobami

c/tylko kobiety po 50 r.życia

d/żadne nie jest prawdziwe

**3/Rozpoznanie osteoporozy to**

a/badanie densytometryczne

b/przebyte złamanie niskoenergetyczne -upadek z własnej wysokości

c/ubytek wzrostu o więcej niż 4 cm

d/wszystkie powyższe

**5/Co to jest FRAX**

a/narzędzie do oceny prawdopodobieństwa wystąpienia złamań

b/narzędzie do wyliczenia prawdopodobieństwa osteoporozy

c/FRAX właściwie nie ma znaczenia dla pacjentów z osteoporozą

**6/Jaki jest najważniejszy czynnik ryzyka wystąpienia złamania**

a/wiek

b/waga

c/przebyte złamanie

d/wiek menopauzy

**7/Przyjmowanie wapnia i wit D3 wystarczy w leczeniu stwierdzonej osteoporozy**

a/ TAK

b/ NIE

**8/Do oceny skuteczności leczenia osteoporozy wystarczy**

a/ustąpienie dolegliwości bólowych pleców

b/brak dalszego zmniejszania wzrostu

c/poprawa w densytometrii

d/poprawa w badaniu FRAX

1. [↑](#footnote-ref-1)
2. Mapa potrzeb zdrowotnych w zakresie chorób układu kostno-mięśniowego dla województwa pomorskiego 2018 r. [↑](#footnote-ref-2)
3. Sytuacja zdrowotna ludności Polski i jej uwarunkowania 2022 Pod redakcją: Bogdana Wojtyniaka i Pawła Goryńskiego [↑](#footnote-ref-3)
4. Urząd Miasta Sopot, Statystyka mieszkańców według płci i wieku, 26.01.2023 [↑](#footnote-ref-4)